

## Elementos para la participación comunitaria en nutrición en Venezuela

Yaritza Sifontes<sup>1</sup>

**Resumen.** Desde Alma Ata cuando la participación comunitaria en salud se definió como el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar tendientes a la contribución de su propio desarrollo; hasta nuestros días en que los países signatarios del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar de la Carta de Bangkok han reconocido que el logro de la salud y del ulterior desarrollo requieren entre otros aspectos del establecimiento de alianzas entre las comunidades y sectores como, gobierno, agencias internacionales, sociedad civil, sector privado e institutos académicos. Surge entonces como principal reto del mundo globalizado transformar la participación pasiva en aquella en la cual los administradores comiencen a ceder poder y los ciudadanos- protagonistas sean dotados, es decir, logren el empoderamiento, para aceptar con responsabilidad el ejercicio de su autonomía en materia de salud, como una de las vías para el éxito y la sostenibilidad de los programas. La literatura reciente es amplia, dedicada a cómo entender y lograr esa participación comunitaria. Particularmente en nutrición la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura ha preparado un Informe donde presenta los cuatro factores que desde su experiencia, determinan el éxito de los programas de nutrición en el nivel local: macro contextuales, propios de la comunidad, propios de la característica del programa y propios de la sostenibilidad. El trabajo desarrolla este planteamiento, con una contextualización, cuando los elementos así lo permiten, para nuestro país. **An Venez Nutr 2007;20 (1): 30-44.**

**Palabras clave:** Participación comunitaria en salud, nutrición comunitaria, intervenciones nutricionales, empoderamiento, alianzas, consejos comunales, Venezuela.

## Elements for the community participation in nutrition in Venezuela

**Abstract:** Since Alma Ata the communal participation in health has been defined as the process in which individuals and families assume the responsibilities that concern their health and well being as a contribution to their own development. Moreover, nowadays the countries that belong to the "Carta of Bangkok" have recognized, that the succeed of health and its subsequent development have required, besides other things, agreements between communities and other sectors such as the government, international agents, civil society, private sector and academic institutions. Accordingly, the main challenge of globalization is that of transforming passive participation into one in which the administration starts bestowing power upon its leading citizens. Appropriately, this will provide the citizens with the necessary ascendancy and authority to accept with responsibility the exercise of their autonomy in health matters; all of this as a mean to achieve success and sustainability of the nutrition programs. The literature is plenty of information about the understanding and achievement of this communal participation. Furthermore, particularly, in nutrition, the United Nations of Nutrition and Agriculture has prepared a report that depicts and exhibits the four factors that, from their experience, determines the success of the local programs of nutrition (macrocontextual factors, community level factors, programme design features, sustainability). Conclusively, the approach that has been developed and presented in this document shows that the elements allow the contextualization in the case of our country. **An Venez Nutr 2007;20 (1): 30-44.**

**Key words:** Communal participation in health, community, nutrition, nutritional interventions, empowerment, communal advice, Venezuela.

### Introducción

El papel protagónico de los actores sociales en materia de salud ha sido reconocido desde la Declaración de Alma Ata, cuando se planteó el derecho y el deber del pueblo de participar individual y colectivamente en la planificación de su atención en salud (1), ámbito que se extiende hasta la administración de los servicios.

En las dos últimas décadas la concepción de participación comunitaria en salud avanzó desde la etapa en que esta quedaba restringida a la identificación de los actores

(individuo, familia y comunidad) y de los determinantes de la salud, estrictamente biológicos, esta última responsabilidad sobreentendida, casi única del Sistema de Salud (2), hasta que evolucionó hacia la integralidad al incorporar los determinantes ecológicos, socioeconómicos y políticos (3,4) y más recientemente el bienestar mental y espiritual (5) y con ella a las otras disciplinas y a los ciudadanos como protagonistas.

Es así como durante la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (5), celebrada en Tailandia en el 2005, un centenar de países suscribieron la Carta de Bangkok, en la cual se dibujan las nuevas formas de cooperación para "crear" salud, de allí surge una concepción globalizada de las alianzas: entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamenta-

---

<sup>1</sup> Profesora. Cátedra Prácticas de Nutrición Comunitaria. Escuela de Nutrición y Dietética. UCV.

Solicitar copia a: yari\_sifontes@cantv.net

les; a saber: a) Que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial; b) Que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos; c) Que forme parte de las buenas prácticas institucionales y d) Que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.

En este sentido en la actualidad se trata de promover una *participación activa*, aquella en la que la gente debe poder elegir libremente si participará o no y poder esperar algún beneficio de su participación (1), y donde el actor debe asumir el rol de veedor o de contralor de su proceso (6).

Este nuevo rol está consagrado en: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Art. 5, Art. 62); la Ley de Consejos Locales de Planificación Pública (Art. 8, G.O. N°: 37.463 de fecha 12/06/02), la Ley Orgánica del Poder Público Municipal (Art.: 4, 7, 31 al 34, 37,56, 71, 95,112, 114, 253, 260,261, 273 y 278: G.O.: N° 38.204 del 08/06/05), la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante Universitario (G.O. N° 38.272 del 14/09/05), la Ley de los Consejos Comunales (G. O.: extraordinaria N° 5.806 del 10/04/06), la Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular (aprobada en 1ª discusión el 22/11/2001, con una 2da discusión el 25/07/06), y la Ley del Servicio Social Integral (aprobada en 1ª discusión el 25/07/06 y sancionada el 14/12/06). Los deberes y derechos conferidos a los venezolanos en materia de salud buscan que la participación se traduzca en la transferencia del poder a las comunidades (7).

Dada su naturaleza los programas de salud y en particular los de nutrición están dirigidos a la comunidad, sin embargo pocos de estos programas son en realidad participativos, usualmente la comunidad es un simple receptor o beneficiario pasivo con poco o ningún poder en la toma de decisiones, lo que significa una baja participación social; atribuible probablemente a) mala interpretación de los agentes externos a la comunidad o como resultado de las incompatibilidades entre los objetivos de programas centrales y las necesidades reales de las comunidades; b) inadecuada formación de los recursos humanos y c) escaso apoyo y compromiso político (6,8). Al planteamiento anterior podría agregarse el desconocimiento de los actores de sus propios deberes y derechos en materia de salud

Los factores señalados han sido clasificados por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (6) en cuatro categorías, a saber: macrocontextuales, propios de la comunidad, propios de las características del programa y de la sostenibilidad del mismo, en el presente trabajo se desarrollarán solo los tres primeros factores.

Partiendo de las consideraciones anteriores, a continuación se presenta una selección de los factores a los cuales se les atribuye el éxito de programas en nutrición comunitaria y cómo estos factores pueden llevarse a nuestro país. Se intenta hacer una aproximación al tema de la participación social y comunitaria, con la salvedad, de que casi siempre este no es el objeto de un programa de nutrición.

### Definiendo la participación comunitaria en salud

**Participación comunitaria:** proceso mediante el cual los miembros de la comunidad participan en los programas o en las actividades que se llevan a cabo en interés de la comunidad (9).

La **participación comunitaria:** es la acción o conjunto de acciones a través de las cuales la comunidad se involucra y toma parte. Esto significa que la comunidad se responsabiliza por la situación que la afecta. En este caso la comunidad asume los aportes a los que hubiere lugar para modificar aquellas condiciones que rompen con la armonía de la vida de los integrantes de la comunidad (10).

La **participación de la comunidad:** es un proceso social en el que grupos específicos, que comparten ciertas necesidades y viven en una zona geográfica definida, tratan activamente de identificar esas necesidades y adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas (11).

Según Rao, la participación comunitaria se define como el *proceso* en el que sus participantes toman iniciativas y acciones que son estimuladas por su propio pensamiento y sobre las cuales ellos pueden ejercer un control efectivo, sin embargo, el énfasis en la participación comunitaria obviando la planificación central de los proyectos, tampoco es una estrategia óptima. Debe encontrarse un balance entre ambas partes (12).

### En salud la participación es entendida como:

- Proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e

innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propio aporte. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos (8).

En nuestro país, *la participación y el control social en salud* son definidos como el *derecho constitucional* que tienen todas las personas a ejercer su poder de decisión, intervención y control de manera directa y con plena autonomía e independencia en *la formulación, planificación y regulación de las políticas, planes y acciones de salud, así como en la evaluación y control de la gestión de los servicios y del financiamiento de la salud*, en el marco de una democracia social, participativa y protagónica (13).

De las definiciones anteriores resaltan algunos elementos en general la participación es entendida como un "proceso" que adquiere la connotación de "resolver", "participar", "conocer", "tomar decisiones", considerada "derecho constitucional en la legislación del sistema de salud venezolano.

No contemplan las "capacidades técnicas reales" para participar de los operadores, pues se conforman con asumir que es suficiente con "llegar a...", "tratar de...", "improvisar", aún cuando la que se recoge en el documento de la OPS (8) quizás se acerca al incluir la "aptitud"; solo esta incluye entre sus elementos la organización de los individuos y comunidades.

Lo que quizás tiene que ver con que ninguna contempla el trabajo en equipo, en consenso o de acompañamiento con los agentes externos a la comunidad, quedando en el espíritu de la definición sobreentendido que la comunidad puede hacerlo todo sola, "que debe encontrar incentivo para resolver sus problemas...", "que la comunidad asume los aportes", es decir que no construye.

Identifican las áreas en las cuales puede participar la comunidad: definición de los problemas, identificación de necesidades, identificación de prioridades, planificación y ejecución de actividades, en el caso de la venezolana la dimensión es mucho mayor pues se extiende hasta las políticas, los planes y el control de la gestión (11,13).

Exceptuando a Rao (12) que se refiere a la articulación entre la planificación central y la participación comunitaria, ninguna otra considera este elemento, al menos no de manera explícita.

Desde esta perspectiva es inminente plantearse hacia donde queremos que vaya la participación comunitaria en salud y nutrición, lo cual pasa por revisar la definición de la misma. Ya desde 1997 Briceño León expresó (*sic*): " *La participación es una facilitadora de la coordinación de las múltiples actividades del Estado en el área de salud. La participación se hace en gran medida desde un ámbito local y con una definición territorial específica; ... Como la comunidad tiene un foco de acción determinado en su territorio, puede hacerse que allí converjan las intervenciones y no se dupliquen esfuerzos*" (14).

Otra consideración importante es que la participación comunitaria no puede darse por descontado, debe por el contrario traspasar la retórica y llegar a la concreción, debe trascender desde el nivel en que los miembros de la comunidad son simplemente informados de lo que está ocurriendo, hasta alcanzar la movilización autónoma, momento en el cual las comunidades están preparadas para tomar iniciativas y realizar sus propias elecciones (6).

Dicho de otro modo, se debe buscar establecer la participación como cultura e interiorizarla como una manera "normal" de relacionarse (2), y así lo expresó Bengoa al señalar que la comunidad debe considerar sus problemas sociales como parte de su propia vida (8).

### Objetivos de la participación comunitaria en salud

Como una contribución al entendimiento de la participación comunitaria en salud resulta de particular importancia destacar que esta persigue (15):

- **Involucrar a la comunidad en el análisis** de sus problemas de salud y en la identificación de sus necesidades de salud más importantes.
- **Reforzar el papel de protagonista** de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.
- **Desarrollar los servicios** sobre una base comunitaria.
- **Dar a la comunidad el control social** de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
- **Potenciar el abordaje multisectorial** y la coordinación intersectorial.

Al respecto la Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular de Venezuela en su Art. 7 (16) establece como fines de la participación: la organización social, el diseño de un sistema de participación protagónica, la participación como política de Estado, el carácter corresponsable de la participación y cogestión y enfatiza que la promoción y fortalecimiento de la cultura de la participación garantizarían el ejercicio de la soberanía nacional".

### Antecedentes de la participación comunitaria en salud en Venezuela

En Venezuela las experiencias de participación comunitaria en salud datan de los años setenta, la mayoría promovida desde el Ministerio de Salud o las gobernaciones de los Estados y en otros casos desde las propias comunidades o del ámbito de la medicina simplificada, siendo sus principales amenazas la restricción hacia espacios locales y la dependencia con el sector gubernamental (7).

Es en los años 80 cuando por iniciativa de las direcciones regionales de salud (en principio de Caracas, lo que actualmente es el Estado Vargas y el Estado Miranda) se inicia la conformación de los comités de salud, enmarcados dentro de la medicina comunitaria bajo la Dirección de Bienestar Social y conformados por los distritos sanitarios, siendo sus principales acciones de tipo preventivo y de apoyo a los censos sanitarios o a las campañas de vacunación, algunos de estos comités fueron absorbidos como proyectos comunitarios de las Alcaldías.

Una década después, nuevamente el ministerio de Salud lideriza la conformación de las Juntas Sociosanitarias y sociohospitalarias, con representantes del Ministerio, las gobernaciones y de estructuras de la comunidad cuyo propósito era promover los aportes y controlar su uso adecuado, de allí que esta experiencia se enmarcara dentro de lo que se denominó “recuperación” de costos.

Entre 1994 y 1995 se iniciaron los Núcleos de Atención Primaria (NAP), la comunidad se organizaba, participaba en la obtención del local y los recursos básicos y en los programas de salud; la atención era de tipo preventivo-curativa con énfasis en el grupo materno infantil, la comunidad se reservaba la potestad de renovación de la contratación del personal y debía vincularse aproximadamente a 2500 habitantes, su principal debilidad fue la falta de articulación con el resto de la red ambulatoria.

Para el año siguiente resurgen los comités de salud, cuya experiencia se inició en el Estado Sucre, diez años después en esa misma zona se reportaron 156 comités de salud articulados a Barrio Adentro y las demás misiones sociales, siendo el total registrados en el Ministerio de Salud 8.951, liderados por promotores sociales y promotores comunitarios cuyas atribuciones incluyen la elaboración de proyectos de intervención en salud (identificación y priorización de problemas de salud) y el apoyo al Consultorio Popular y al centro de diagnóstico Integral, dicho comité está reglamentado en el Art. 6 de la Ley de los Consejo Comunales (17).

### Factores de éxito de los programas de alimentación y nutrición comunitarios, resultados del análisis emprendido por la FAO, elementos presentes en Venezuela

#### Factores macrocontextuales

- **Apoyo político:** referido fundamentalmente a la “conciencia pública de la importancia de la buena nutrición” mas que a la existencia de una política de nutrición a nivel nacional per se, la cual debe implicar compromiso con respaldo en el presupuesto nacional (6). Al respecto la Carta de Bangkok declara que las políticas y alianzas que otorguen poder a las comunidades, y que sirvan para mejorar la salud y la equidad en salud, deben formar parte central del desarrollo global y nacional (5).

A modo de ejemplo para el caso de Venezuela se presentan cuatro instituciones oficiales cuyas líneas y programas ya han sido establecidos, reseñándose para este documento aquellos con énfasis en el tema de la salud y la alimentación y nutrición:

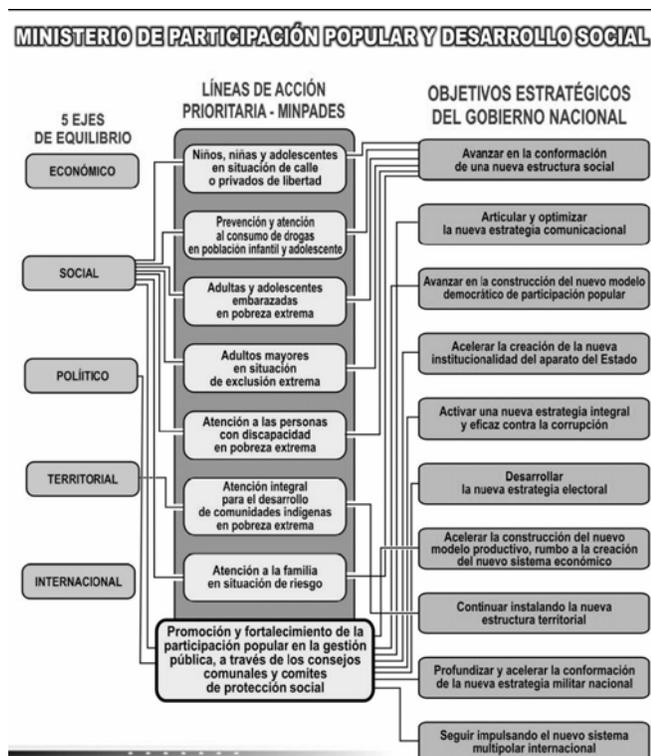
#### Programas del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología:

soberanía y seguridad alimentaria, salud pública, entre otros. (18,19), siendo parte de las líneas de investigación del Ministerio de Ciencia y Tecnología en materia de salud: las enfermedades parasitarias, las enfermedades ligadas a problemas nutricionales, las enfermedades cardiovasculares y asociadas al ambiente y sus complicaciones, la salud pública y la epidemiología, entre otros (16).

- **Programas del Ministerio de Salud:** Lactancia Materna, Diabetes, Salud Cardiovascular y Programa Nacional De Atención Integral Del Niño, Niña Y Adolescente (20).

Las líneas de acción del **Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social** (21) se muestran en la Figura 1.

La propuesta de nutrición comunitaria del **Instituto Nacional de Nutrición** ha sugerido cinco *intervenciones prioritarias* (las cuales consideran la focalización): atención a la embarazada y madre que lacta; promoción de la lactancia materna; promoción y monitoreo del crecimiento y desarrollo; promoción de las guías alimentarias en los menores de 6 años y promoción de la seguridad alimentaria en la familia y la comunidad, a su vez establece la posibilidad de que puedan surgir otras líneas producto de las necesidades sentidas detectadas en las comunidades (22).



Fuente: Ministerio de Participación Popular (21).

### Figura 1. Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social.

Otras intervenciones para mejorar la nutrición, los criterios y metodología para su selección han sido descritas en una publicación de la FAO (23) siendo algunas de ellas: almacenamiento de alimentos, nutrición integrada a la atención de la salud, comunicación nutricional a través de medios masivos, rehabilitación nutricional, alimenta-

ción suplementaria de niños en edad preescolar, alimentación suplementaria para mujeres embarazadas y madres lactantes, alimentación escolar, tecnología apropiada en la conservación y preparación de alimentos, distribución de nutrientes específicos y promoción de la lactancia entre otros.

Aranceta (24) clasifica las estrategias de intervención en nutrición comunitaria en tres niveles: sensibilización; modificación de estilos de vida y creación del entorno favorable según se dirijan al individuo, a la comunidad y a los sistemas. En el caso de la comunidad una estrategia para cada nivel respectivamente sería: anuncios en medios de comunicación social, programas de educación nutricional y promoción del ejercicio físico en el medio escolar, incentivos fiscales para las empresas que colaboren en programas de promoción de la salud.

Sobre este aspecto ya en el 2001 (8) sugería la organización de un proyecto piloto que incluyera un área de demostración en la cual pudieran realizarse entre 8 y 9 acciones de nutrición comunitaria, cuya supervisión fuese responsabilidad del Instituto Nacional de Nutrición (Cuadro 1).

Los temas citados pueden orientar acerca del compromiso financiero del Ejecutivo Nacional, destacando el hecho de que aún los menos relacionados con nutrición terminan de alguna manera impactando sobre ésta. En otro orden de ideas el compromiso para respaldar la generación de esa conciencia pública se ampara en el conjunto de leyes venezolanas citadas al inicio de este documento, siendo otro paso importante el que tiene que ver con "dotar" a los diversos operadores para materializar la participación protagónica, es decir capacitar el talento humano, aspecto este que se planteará posteriormente.

### Cuadro 1. Acciones de nutrición en salud pública.

Acciones específicas de nutrición en salud pública	Acciones de apoyo de salud pública	Acciones complementarias de cooperación
Epidemiología (qué, dónde, cómo, por qué?) Cartografía (mapeo) para inventariar estructuras de comunitarias de apoyo a la salud y nutrición Manejo de desnutridos y otras patologías Nutrición y embarazo Rehidratación oral Vigilancia nutricional local (Seguimiento del peso y la talla de los niños y adolescentes) Promoción de las Guías de Alimentación Suplementación de alimentos Vigilancia de las instituciones relacionadas con alimentación y nutrición ej comedores, casas de la alimentación, etc	Saneamiento ambiental Inmunizaciones Educación sanitaria Desparasitación	Cooperación con agencias de extensión: Huertos familiares Huertos escolares  Promoción de asociaciones en la comunidad Club de madres Club de abuelos Otros  Cooperación con agentes organizados de la comunidad La selección de actividades sería realizada por la comunidad

Fuente: Bengoa JM (8).

**Alianzas y asesoría con otros organismos nacionales e internacionales:** las agencias internacionales y otros organismos pueden orientar sobre la temática de nutrición a abordar (6). En el año 2000 189 países que integran las Naciones Unidas establecieron el logro de *8 objetivos de desarrollo del milenio* (25), a saber: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, Lograr la educación primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo; sin embargo ha dejado en manos de cada gobierno tomar sus propias decisiones para responsabilizarse con el cumplimiento de las metas y con el compromiso de que cinco años después se plantee la revisión de las estrategias para alcanzarlas, cuyo informe de avances para Venezuela ya se encuentra disponible (26).

En el tema que nos ocupa, los programas de nutrición pueden ser parte de las estrategias para impactar, por ejemplo en la situación de hambre y en las enfermedades diarreicas este último asunto prioritario en la mortalidad de los menores de 5 años, por citar solo dos líneas de acción.

**El Plan de Acción Regional de Alimentación y Nutrición,** enmarcado dentro de la Cooperación Técnica que brinda la Organización Panamericana de la Salud (27) prevé dos áreas de acción: *seguridad alimentaria* (promoción de la lactancia materna, promoción de una adecuada alimentación complementaria y promoción y educación para mejorar el acceso y el consumo de los alimentos) y *la prevención y manejo de la mala nutrición* (desnutrición energético-proteica; control de las deficiencias de micronutrientes: yodo, vitamina A, hierro; prevención y control de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a la dieta).

En el pasado las asociaciones con el sector privado, cuya historia en el país data de inicios de esta centuria comenzaron por iniciativas de carácter voluntario, en la actualidad y dentro del marco de la responsabilidad social empresarial, este sector ha seguido vinculándose a las comunidades mediante la ejecución directa de proyectos y programas puntuales; alianzas con institutos académicos o a través de organizaciones de la sociedad civil (ONG), en este último caso se pueden citar organizaciones como SINERGI, Alianza social y Venezuela sin límites, las cuales han logrado consolidar redes, que entre sus fines contemplan como prioridad la participación (28).

Con la implementación de la Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (LOCTI) (29) se abre un nuevo

espacio para el establecimiento de alianzas entre la empresa privada y los institutos académicos de educación superior; las actividades susceptibles de financiamiento así como los mecanismos para el logro de este, (ahora de obligatorio cumplimiento para aquellas empresas con ingresos brutos anuales superiores a 100.000 Unidades Tributarias), se encuentran señaladas en el artículo 42 de la citada ley.

Al respecto **el Plan de Ciencia y Tecnología,** dentro de lo que ha denominado el marco político estratégico (Figura 2) (30) ha definido dos objetivos directamente relacionados con la participación y las alianzas:

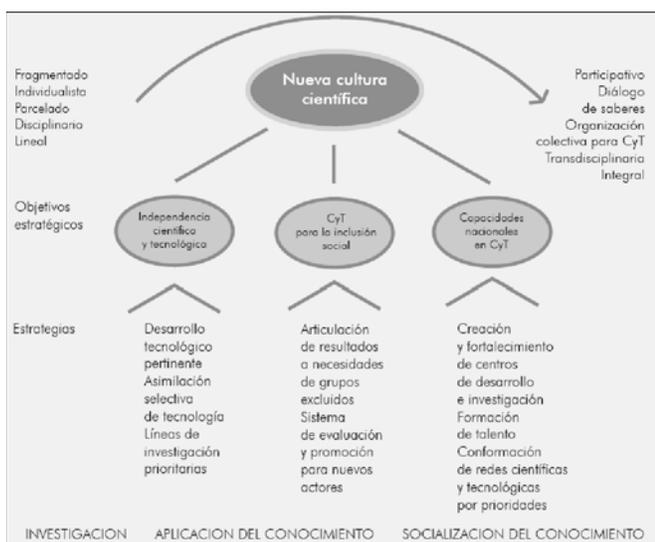
- La vinculación que debe existir entre los resultados de investigación y las necesidades de los grupos excluidos, cuyo mecanismo para la inclusión social serían las misiones, que a su vez permitirían potenciar la participación de los distintos actores involucrados (investigadores y comunidades) en la solución de problemas comunes.
- La formulación de proyectos... debe favorecer la articulación de los distintos actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (universidades, empresas, comunidades, sector público).

En todo caso, la importancia de las asociaciones estriba en que pueden servir para aportar productos y servicios que de otra manera estarían fuera del alcance de los recursos físicos y humanos de los sectores gubernamentales. Con los institutos de capacitación e investigación pueden representar una oportunidad para la capacitación y el fortalecimiento institucional, así como para promover la organización de proyectos de investigación (6); y en el caso de la comunidad específicamente la alianza con las empresas puede potenciar: la formación de capital social, el fortalecimiento de redes sociales y el empoderamiento, entre otros (31).

**Multisectorialidad** La colaboración entre sectores puede servir para compartir recursos y favorecer la articulación entre distintos programas logrando de esta manera potenciar el impacto del programa. En algunos casos las experiencias de comités a nivel local han mostrado ser más exitosas que la coordinación entre distintos sectores a nivel central (6). En el caso de los factores propios del diseño del programa, que se desarrollarán mas adelante, se conoce también la multisectorialidad como la relación con otros programas

Bajo el contexto del modelo actual del gobierno venezolano la participación popular se ha enmarcado dentro de lo que se conoce como el quinto motor (explosión del

poder comunal), cuya base son los consejos comunales, estructuras que aglutinan una serie de grupos y conforman un nuevo ordenamiento del tejido social según áreas de trabajo (Cuadro 2). Otras organizaciones también presentes en estos espacios son las mesas técnicas de transporte, los clubes de abuelos y abuelas, la unidad de batalla endógena (UBE), los partidos políticos, la organización comunitaria de vivienda, la unidad de defensa popular, el comité de protección social, las cooperativas, las organizaciones no gubernamentales, las redes artesanales, misiones como vuelvancaras, por citar solo algunas (32,33).



Fuente: Ministerio de Ciencia y Tecnología (30).

**Figura 2. Marco político y estratégico. Hacia una nueva cultura tecnológica.**

Específicamente en lo que se refiere al área de salud, desarrollo social y alimentación, esta ha definido como propósito principal garantizar la soberanía alimentaria, mediante el logro de una alimentación balanceada y del abastecimiento de alimentos a nivel de la comunidad; para lo cual ha contemplado la articulación con estructuras como: misión Barrio Adentro, Mercal-Proal, comedores populares, madres del barrio, misión Zamora, misión Guaicaipuro y misión Negra Hipólita (en sus 5 categorías de atención) (34).

**Competencias e instituciones técnicas sólidas:** Los programas generalmente contemplan la capacitación de los trabajadores a nivel local, la cual paradójicamente no se incluye como programa para profesionales de pre y postgrado, pues tradicionalmente el adiestramiento ha tenido lugar mediante cursos cortos, lo cual influye sobre la calidad del programa (6).

**Cuadro 2. Areas de Trabajo de los Consejos Comunales en Venezuela.**

Area de trabajo	Organización comunitaria
Economía popular.	Consejo de Economía Popular, cooperativas, microempresas, bodegas solidarias, mercalitos, otros.
Contraloría social.	
Educación y deportes.	Misiones educativas (Ribas, Robinson y Sucre), club deportivo y otros.
Cultura.	Grupos culturales, grupos religiosos y espirituales y otros.
Comunicación e información.	Medios alternativos comunitarios y otros.
Salud, desarrollo social y alimentación.	Comité de salud, comité de alimentación, comité de protección social, club de abuelos y otros.
Vivienda, infraestructura y hábitat.	Comité de tierra urbana, mesa de agua, mesa de energía, cuadrilla ambientalista y otros.
Justicia de paz, seguridad y defensa	Unidad de defensa.

Fuente: Ministerio de Participación Popular (32, 34).

Las escasas experiencias de coordinación e intervención comunitaria y la deficiente formación y capacitación del recurso humano en dinámicas grupales, educación para la salud y promoción de la salud, de participación comunitaria y de coordinación, han sido reconocidas en otras latitudes como factores que propician la improvisación (15).

Un mecanismo para lograr la formación de los recursos humanos puede ser también el establecimiento de alianzas, en este sentido el Programa de Alimentación y Nutrición de la Organización Panamericana de la Salud contempla entre sus líneas adicionales el desarrollo de recursos humanos (27), el Ministerio de Ciencia y Tecnología ha previsto entre sus programas (sic)... *el desarrollo del talento humano en todos sus niveles* ( Art. 40 al 45 , Título V, Ley Orgánica de Ciencia y Tecnología) (29).

La Ley Orgánica de Poder Público Municipal (35) en su Art. 88 faculta al Alcalde para garantizar desde su jurisdicción la educación para la participación; la ley de Participación Ciudadana y Poder Popular, prevé en el capí-

tulo III: *educación para la participación ciudadana*, el deber de la sociedad y la obligación del estado de facilitar las condiciones ... para consolidar la formación para la participación (Art. 10), en este mismo artículo se contempla la obligación de todas las instituciones y organismos públicos de difundir y promover las instancias y mecanismos legales de participación con miras a garantizar su correcta implementación... , siendo uno de los mecanismos propuestos la promoción y el desarrollo de Universidades y Centros de Investigación para la formación de profesionales que coadyuven al desarrollo pleno de las comunidades... (Art. 135 LPCPP) (16).

En materia de salud se han celebrado acuerdos binacionales con países como Uruguay y Bolivia, por citar solo dos, los cuales incluyen áreas como: capacitación de recursos humanos (cursos, becas, pasantías); programas de intercambio de experiencias exitosas (políticas en salud, atención primaria en salud; gestión de servicios en salud, promoción de la salud, participación social en la salud; etc.) investigación ; programas y proyectos sociosanitarios, en los campos de la gestión, la administración y la atención de la salud., intercambio entre centros hospitalarios; transferencia de tecnología (producción de medicamentos y sus principios activos), etc. (36).

En el acuerdo con Bolivia se agregan áreas como epidemiología integral; enfermedades crónicas y transmisibles; control de enfermedades endémicas, medicamentos para el control de enfermedades (malaria, tuberculosis y diarrea); control de enfermedades inmunoprevenibles, asesoría en ciencias de la salud y experiencias exitosas de atención primaria de salud (37).

Como quiera que la participación hoy día exige entre otros el ejercicio de la ciudadanía y la formación de los talentos que interactuarán en los espacios de participación, esta última deberá al menos considerar los principios que rigen la participación descritos en el Artículo 16 de la Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular (16) a saber: soberanía, corresponsabilidad, universalidad, voluntariedad, transparencia, eficiencia, equidad, solidaridad, información, pluralidad, humanismo, igualdad, protagonismo, tolerancia, gratuidad e igualdad de género.

El Ministerio de Salud adelanta la creación de la Coordinación Nacional de Comités de Salud, que tendrá a su vez instancias en estados y municipios; otra propuesta es la Escuela de la Nueva Ciudadanía en el Instituto de Altos Estudios de Salud Pública dependientes del Ministerio de Salud (7).

En relación con la formación de recursos humanos, paralelo a los egresados de las carreras de la salud tradiciona-

les, el Estado se ha establecido como meta capacitar 20.000 médicos y médicas venezolanos, 1823 estudiantes de postgrado de odontología general integral y 413 técnicos y técnicas superiores de enfermería, de igual manera forman parte de los programas académicos de nivel superior y básico del campo de la salud los promotores y promotoras comunitarios, los cuales serán incorporados a la misión Barrio Adentro. El Cuadro 3 muestra las características de los Programas de Formación académica.

### Factores propios de la comunidad

**Programa comunitario y participación:** Generalmente los programas dirigidos a colectivos humanos incluyen entre sus elementos la participación de la comunidad, sin embargo el programa de nutrición tiende mas bien a mejorar el estado o la situación nutricional del conjunto o de grupos específicos de la población (6).

Entre 2003 y 2004 el Grupo de Acción Social (CESAP), auspiciado por Nacional Endowment for Democracy de los Estados Unidos; desarrolló el Proyecto *Observatorio Social: Estrategia para la concertación y acuerdos sobre la Política Social en Venezuela* (38), teniendo como antecedente el Proyecto Observatorio Social: Seguimiento activo a los Programas Sociales en Venezuela, el segundo proyecto culminó con un documento que recoge los resultados del análisis realizado en seis programas sociales adelantados, también en seis zonas del país.

Los programas evaluados fueron: Mercados del Zulia (Mezul); Programa Alimentario Escolar (PAE)- Trujillo; Sistema de Apoyo a la Microempresa - Lara, Casas Comunes - Aragua ; Programa de Capacitación a las Cooperativas-Mérida y Sistema de Apoyo Integral de Promoción y empleo-Anzoátegui.

Entre los hallazgos relevantes se evidenció que aún cuando la participación (también el desarrollo integral, la organización, la ciudadanía, la contraloría social, la autogestión, las redes y el empoderamiento entre otros) está presente en los objetivos de los distintos programas, en la práctica no se identificaron estrategias tendientes a la consecución de la misma, de manera tal que al final los beneficiarios seguían siendo receptores de las tareas operativas propias de los programas.

Si bien es cierto que en la experiencia descrita la participación realmente no se expresó, en la práctica también habría que considerar no sobredimensionar el alcance de la participación, ya que para lograr la participación se requiere de la existencia de una real cohesión entre la participación social, el capital social y las políticas públicas (39).

**Cuadro 3. Programas de formación académica. Barrio Adentro 2006.**

Programa	Objetivo	Coordinación	Duración	Escenario formativo
Licenciatura Medicina Integral Comunitaria. En formación 17.000	Adquisición de competencias diagnósticas y terapéuticas para brindar atención médica integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.	Ministerio de Educación Superior y el Ministerio de Salud, formando a su vez parte de la Misión Sucre).	6 años: 4 ciclos formativos: básico, preclínico, clínico internado (profesionalización). Régimen anual(*)	UNEFA, UNELLEZ, UBV. Consultorio Popular.
Especialidad Medicina General Integral (**). En formación 2008.	Adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores para desempeñarse en establecimientos de atención primaria de salud.		30 meses dedicación exclusiva: Ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas.	Consultorio Popular, Clínicas Populares y Hospitales
Especialidad Estomatología y Odontología General. En formación 875.	Garantizar la atención primaria integral.		Enseñanza modular, actividad académica presencia 4 horas/semana.	Consultorio Popular, Clínicas Populares.
Enfermería Integral Comunitaria (***)				Consultorios Populares

(\*) El Proyecto comunitario integra la investigación-acción y se inicia en el primer año; otro elemento que incluye es la formación en ciudadanía y la metodología de investigación social participativa.

(\*\*) La demanda se ha estimado en una relación de 1/1250 a 2500 habitantes, la primera cohorte egresará en el primer trimestre del 2007.

(\*\*\*) Se inician como defensores y defensoras de la Salud (5632 para 2006), que se insertan en las misiones Robinson o Ribas, para luego incorporarse al Programa de educación superior mediante la misión Sucre.

Fuente: Ministerio de Salud (7).

La participación social dependerá de los grados de organización (Cuadro 4), que se alcanzan dependiendo de diversos factores (Cuadro 5) y del momento histórico en que se da en la comunidad, en tanto que el capital social debe construirse, debe recordarse que la administración cede el poder y los ciudadanos aceptan esa responsabilidad, para lo cual se ha debido dotar a la sociedad de los elementos necesarios que le permitan ejercer su poder de decisión y capacidad de control (en otras palabras puedan llegar a ser autónomos y responsables en la gestión de lo social (15).

**Cuadro 4. Niveles o grados de participación.**

Grados	Características
1	La utilización de los servicios y de las instalaciones que se proporcionan, sin la utilización, la probabilidad de que se produzca la participación es remota.
2	La cooperación con las iniciativas planificadas por un organismo externo.
3	La participación en las actividades de planificación y administración, la cual implica cierto grado de compromiso, así como de responsabilidad e iniciativas para identificar los problemas y ayudar a resolverlos, en la mayoría de los casos con el apoyo de agentes externos.

Fuente: OPS, 1984 (9).

Reconocer la participación comunitaria en salud (15) puede ser posible si esta se caracteriza por ser:

**Activa:** La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanto más capacidad de influir en las decisiones alcance la población, más eficaz, real y democrática será su participación.

**Consciente:** Conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades que se deben solucionar.

**Responsable:** Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.

**Deliberada y libre:** Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.

**Organizada:** La población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios de salud. Las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.

**Sostenida:** No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y la intervención del proceso se mantiene en el tiempo.

En el modelo de desarrollo y salud adelantado por el gobierno nacional, actualmente se otorga a las comunidades el poder para exigir la adecuación de los organismos de salud a las necesidades identificadas y su vinculación con otros niveles de la red de salud y con otros niveles institucionales. Surgen también estructuras como los ban-

cos comunales, que constituye un espacio nuevo de participación, como es la gestión financiera por parte de la comunidad (7).

Otro espacio para participar es la construcción de ciudadanía, asumiendo lo público como su espacio, donde lo colectivo desplaza a lo individual y los actores detectan juntos sus necesidades se involucran con la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación, considerando como ejes fundamentales la autogestión y la cogestión (4).

**Cuadro 5. Factores que influyen en la velocidad de potenciación (grado de desarrollo) de una comunidad.**

<p>Sentido relativamente firme de cohesión social (estado de desarrollo).</p> <p>Condiciones económicas: comunidades muy deprimidas, no tendrían tiempo para esforzarse por algo distinto a superar su pobreza.</p> <p>Concentración geográfica de la comunidad, también denominado grado de aislamiento social o geográfico de la comunidad.</p> <p>Medios de comunicación y transporte adecuados.</p> <p>Presencia de dirigentes dinámicos y entusiastas o la existencia previa de grupos representativos de la comunidad.</p>	<p>Personal y recursos suficientes, así como la actitud favorable del personal de salud hacia la participación comunitaria.</p> <p>Sistema permanente de adiestramiento a los miembros de los Comités de Salud y otros miembros de la comunidad e igualmente al personal de salud que trabaja con la comunidad, lo que ha logrado cambios en las actitudes negativas y en la eficacia del trabajo conjunto.</p> <p>Servicios continuos de apoyo. Esto se observa con mayor frecuencia en las comunidades urbanas y si bien estas características facilitan la participación no son suficientes para originarla.</p> <p>Conciencia de la comunidad de sus derechos y responsabilidades colectivas con respecto al desarrollo.</p> <p>Alfabetización (facilita comunicación y entendimiento).</p> <p>Grado de homogeneidad: aquella comunidad donde sus miembros se vinculan para trabajar como unidad.</p>
--	---

Fuente: Basado en Food and Nutrition Bulletin 1999 (40) y FAO, 2005 (6).

**Creación de capacidad:** va ligada al acceso a asesoramiento técnico competente sin obviar, la organización de la comunidad, las capacidades gerenciales y de buena planificación, así como la habilidad para emprender un análisis de la situación y establecer prioridades de acción, elementos inherentes al fortalecimiento institucional (6). Pero este conocimiento no solo debe estar disponible sino que debe ser de fácil acceso en la misma medida que las competencias técnicas, en este caso las relacionadas con alimentación y nutrición, las cuales en la mayoría de las comunidades pueden escasear.

El logro o construcción de la capacidad comunitaria (fortalezas y recursos de una comunidad para desarrollar intervenciones apropiadas), requiere del manejo de elementos como: la participación social, el liderazgo, el poder del grupo y un sentido de comunidad, los cuales se incluyen en lo que se conoce como las diez dimensiones de la capacidad comunitaria: Participación comunitaria;

liderazgo; redes sociales sólidas; habilidad para articular valores, sentido histórico, sentido de la comunidad, reflexión crítica, habilidad para movilizar recursos, destrezas, habilidad para ejercer poder (39).

Al respecto el modelo del Sistema Público Nacional de Salud contemplado en la Constitución de la República de Venezuela pretende conjugar las capacidades del estado y las capacidades de la población (7).

El concepto del poder en la teoría y práctica de la salud se resume en lo que hoy día se conoce como *empoderamiento*, responsable de que a nivel individual la persona sea capaz de tomar decisiones y tener control sobre su vida y en el ámbito comunitario. Los individuos actúen colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad (39).

Dentro de este contexto el empoderamiento ha sido definido como un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones, y comunidades hacia metas de incremento de control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, y la justicia social.

Con los dos elementos citados: capacidad comunitaria y empoderamiento, es posible operacionalizar el trabajo comunitario mediante el establecimiento de una fuerte identificación con las características socio-ecológicas y la inclusión social en una determinada localidad.

Una propuesta desarrollada en España define las siguientes áreas de participación ciudadana en salud: *Política*: en la regulación, propiedad, gestión y control; *Sindical*: en la propiedad, gestión y control; *Asociativa* (de enfermos y familiares, de consumidores, de vecinos, de profesionales, de empresas proveedoras, etc.): en la gestión y en el control; *Opinión pública, presión social*: en el control (medios de comunicación, manifestaciones, movilizaciones, etc.) (15).

**Trabajar con grupos comunitarios preexistentes:** es preferible a la imposición de nuevos grupos o líderes (6), estos pueden ser acompañados para construir sus capacidades y fortalecer las otras competencias necesarias para el trabajo en su comunidad. El Cuadro 6 muestra algunos actores que pueden encontrarse en las comunidades, con los cuales se concertaría para formar equipos dirigidos a emprender tareas específicas y promover de esta manera la participación.

Cualquiera sea la técnica que se utilice para promover la participación de la comunidad (por ejemplo grupos focales, Delphi, desarrollo de consensos, planeación participativa, marco lógico, entrevista, encuesta etc.), se sugiere preservar siempre la evaluación de la situación y priorización de necesidades y problemas hecha por los ciudadanos (39); Estas actividades consideradas previas no pueden asumirse con antelación sin incluir a la comunidad porque sería obviar la participación (6).

En la evaluación de programas sociales promovida por el grupo de CESAP (38), se encontró que pocos programas respondían a un diagnóstico previo y cuando este existía no era utilizado, lo cual por una parte impedía el establecimiento de objetivos y metas cuantificables, de indicadores para la evaluación y el seguimiento y por otra parte dificultaba reconducir las estrategias de ejecución en consonancia con las realidades detectadas.

El ejercicio de identificación de problemas y necesidades es el mejor punto de partida para construir Capacidad Comunitaria, y la meta es obtener la participación de aque-

llos que nunca han tenido la oportunidad de ser escuchados. Los administradores de salud, los líderes y los políticos deben escuchar los problemas identificados por la comunidad para ganar la confianza de ella (4, 39).

Una experiencia interesante que surgió en 1992, producto de la comunión entre una organización comunitaria y un grupo de profesionales de la salud (de los sectores públicos y privados), empresa privada, autoridades locales y apoyo de las agencias internacionales, fue la creación del Consejo Local Social de Sanare (CON.LO.SOCIAL) (41), el cual tenía previsto entre sus funciones apoyar la ejecución de los programas sociales vigentes para aquella época, la movilización de los beneficiarios y el desarrollo de programas de información y educación a la comunidad entre otros.

**Prácticas culturales locales y conocimiento:** Las prácticas culturales locales pueden ofrecer estrategias que serán mejor aceptadas que otras impuestas por agentes externos (6). El reconocimiento y la aceptación de las necesidades sentidas por la población supone un esfuerzo activo en la adquisición de nuevos conocimientos en profesionales de la salud, así como un cambio en la comunicación con la población (15).

En relación con proyectos de alimentación y nutrición sería importante por ejemplo conocer qué lugar ocupan algunos alimentos en la alimentación de un determinado grupo, las motivaciones para su elección y preferencias (42). El conocimiento de los saberes y tradiciones culturales puede permitir una mejor comprensión de los hábitos alimentarios y de los cambios en patrones de consumo, lo cual también puede ser una oportunidad para estimular el debate (43).

Al respecto entre los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Ciencia y Tecnología (30) se ha previsto la promoción y creación de redes de conocimiento académico, científico productivo y de innovación, que favorezcan la articulación de saberes, tradiciones y cultura endógena local para la diversificación económica, potenciando el modelo de núcleos de desarrollo endógeno.

**Intercambio de experiencias entre comunidades vecinas, expansión:** Una de las estrategias propuesta por el grupo de CESAP (38) para lograr este aspecto, tiene que ver con el establecimiento de redes, donde actores y ejecutores se articulen con las poblaciones atendidas para propiciar reflexiones, demandar y fortalecer la construcción de respuestas ajustadas a la problemática expresada.

El establecimiento de redes dentro del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación también ha sido previsto en el artículo 36 de la LOCTI (29).

**Cuadro 6. Factores principales del trabajo comunitario en salud.**

Agentes de Salud	Personas de la comunidad que dedican su tiempo al trabajo comunitario en salud. Reciben capacitación técnica y colaboran con el sistema local de salud. Fomentan la integración de las familias y grupos organizados de la comunidad para buscar soluciones a sus problemas.
Equipos de salud	Reciben capacitación permanente sobre los principales problemas de salud y bienestar. Participan en actividades relativas al servicio de salud y a la educación para la salud, capacitando al personal voluntario y a los agentes de salud.
Grupos de mujeres	Con mucha fuerza en algunas comunidades, reciben capacitación permanente del equipo de salud y preparan y analizan material educativo. Promueven actividades comunitarias para resolver problemas.
Comités de defensa de la salud	Líderes de la comunidad en capacitación permanente. Realizan actividades educativas y actúan como agentes en el control y evaluación de programas.
Asociaciones de desarrollo de fomento comunitario	Adquieren la representación política y social de la comunidad, tienen personalidad jurídica y canalizan recursos económicos, promueven además actividades educativas y recreativas.
Voluntarios	Sirven de vínculo entre el personal de salud local y los miembros de grupo. Estos voluntarios cumplen principalmente labores de prevención y promoción de la salud ganando prestigio y respeto dentro de su misma comunidad.
Facilitadores	Generalmente de agencias u organizaciones no gubernamentales con diferentes tipos de preparación que trabajan fuertemente ayudando a la comunidad a reconocer y diferenciar sus necesidades sentidas de sus necesidades reales, sirven de guía para la planificación, implementación y monitoreo de las actividades, generalmente se insertan en algunos de los grupos ya existentes en las comunidades organizadas (40).

Fuente: OPS, 1988 (44).

### Factores propios del diseño del programa

**Desarrollo de un esquema conceptual:** se trata de delimitar la escena para la acción, mediante un análisis causal con enfoque integral que permita la detección de necesidades reales y sentidas, aún de aquellas que sobredimensionan el campo de la alimentación y nutrición. Se espera que un programa de mejora del estado nutricional incida sobre el estado antropométrico, la situación de los micronutrientes, entre otros, sin embargo objetivos relacionados con la salud y la alimentación (acceso a los alimentos, seguridad alimentaria, diversidad de la dieta, alimentación complementaria del niño) también impactarán (6).

Entre las metodologías propuestas por organismos como el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (22), cabría citar: el marco lógico, desarrollada por OPS/OMS; la triple A

(método de Apreciación, Análisis y Acción), desarrollada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la guía para ejecutar proyectos participativos de nutrición, elaborada por la FAO (27) que contiene también instrumentos y técnicas para ayudar a los profesionales a desarrollar el trabajo comunitario y el modelo causal desarrollado por Beghin (45).

Una vez conocida la problemática se deberán seleccionar las intervenciones (muchas de ellas descritas anteriormente en este documento), sin embargo cabría resaltar que la planificación de las acciones debe cumplir con ciertos criterios, al respecto (41) señalan distintas órdenes según: la problemática nutricional, la disponibilidad de alimentos, el servicio social que se desea apoyar y el sistema de red que ofrece mejores posibilidades de control administrativo.

En nuestro país la problemática alimentaria y nutricional fue agrupada por Bengoa en bloques, a saber: la desnutrición (actual, moderada y grave); la desnutrición crónica, las deficiencias específicas de micronutrientes, las enfermedades crónicas o procesos degenerativos y la inseguridad alimentaria familiar, esto con el objeto de sugerir algunos modelos de intervenciones específicas (46).

Consideración especial habría que hacer sobre el subconsumo calórico, el cual también Bengoa (46) ha intentado explicar con las siguientes hipótesis: La monotonía en la dieta, que puede significar también hastío; el bajo contenido de grasa en la dieta que afecta su palatabilidad; el número de comidas, siendo una expresión de esta la ausencia del desayuno lo que a su vez afecta el rendimiento escolar y la escasa productividad en los adultos; la baja densidad calórica de los alimentos y la disminución del apetito secundaria a procesos infecciosos recurrentes.

Tener claridad en el diseño metodológico y el alcance del programa es fundamental para que este resulte exitoso, entre otras razones por que permite también planificar las acciones para enfrentar la problemática encontrada. El trabajo desarrollado por CESAP (38), mostró que los programas analizados presentaban incoherencias entre los objetivos y resultados así como debilidades en las distintas etapas (diagnóstico, ejecución, seguimiento, control y evaluación) y escasez de mecanismos para promover la participación y organización de la comunidad.

**Focalización:** Permite hacer un uso eficiente de los recursos escasos; puede ser geográfica, de un área vulnerable, socioeconómica puede también ocurrir por defecto, este es un aspecto que debe ser considerado al inicio del proyecto (6).

Atendiendo al grupo etáreo o estado fisiológico se ha considerado que mientras menos edad tenga el individuo, mayor impacto biológico tendrá por ejemplo ante cualquier situación de déficit, es así como se pueden considerar prioritarios aquellos programas dirigidos a la mujer embarazada, en periodo de lactancia, lactantes y preescolares (41). Otros grupos de interés pueden ser grupos de mujeres, clubes de madres, comunidad escolar, etc. (47).

Los signatarios de los países reunidos en la VI Conferencia Mundial de Promoción de la salud (5) consideran que actualmente hombres y mujeres se ven afectados de manera diferente (lo cual tiene que ver con la diferenciación según género), y que se ha producido un incremento de la vulnerabilidad de los niños, así como de la exclusión de poblaciones marginadas, discapacitadas e indígenas.

### **Seguimiento participativo y evaluación del programa:**

Una iniciativa en este sentido ha sido la propuesta del grupo de CESAP (38) de crear el Observatorio Social con la finalidad de materializar un sistema de monitoreo de indicadores de Programas Sociales, la generación de instrumentos para la observación (recolección, procesamiento, análisis y divulgación), la producción de información que sirva a las autoridades locales, a las organizaciones de la sociedad civil y paulatinamente a los ciudadanos para participar en el seguimiento de los programas cuyo valor agregado sería el apoyo a la formulación de los planes regionales y municipales, la toma de decisiones y la participación en la elaboración de los presupuestos y rendición de cuentas.

El planteamiento anterior se basa en los resultados del precitado estudio, donde se encontró que las acciones de seguimiento eran prácticamente inexistentes, a lo que se añadía la falta de capacitación, obstaculizando la gestión local debido a la dificultad para alcanzar el control social.

Una propuesta de criterios para evaluar las actividades o programas de participación y de intervención comunitaria ha sido elaborada por Giménez (15) en esta se considera la inclusión de los siguientes elementos: Información; evaluación de necesidades, (criterios fundamentados y juicios de valor); Toma de decisiones (de acuerdo con la siguiente escala, de menor a mayor nivel de poder: Derecho a la información, Derecho a ser consultado/a; Derecho a negociar; Derecho a participar; Derecho al veto); Movilización de recursos y realización de tareas, grado de autonomía o dependencia; Formas y nivel de organización de la comunidad.

### **Conclusiones**

La concepción de la participación comunitaria en salud y nutrición ha cambiado sustancialmente, toda vez que en la actualidad se concibe como una expresión de autonomía y de ejercicio democrático, lo que le confiere al individuo y a las comunidades un rol verdaderamente protagónico, siendo la adopción de este modelo el reto más importante que deberán enfrentar los gobiernos en lo inmediato.

En este sentido, el estado venezolano ha realizado avances en lo que tiene que ver con la inclusión del tema de la participación dentro de un marco legal, al respecto ha promulgado una serie de leyes que permitirán el ejercicio de la participación ciudadana y ha desarrollado una propuesta de Sistema Público de Salud basado en la participación de las comunidades en áreas no convencionales como la gestión y el control social.

La preocupación por este tema es hoy en día objeto de innumerables discusiones en la comunidad mundial y aunque en este documento se trató de hacer una puesta al día sobre algunos elementos presentes en el escenario venezolano, el mismo no pretendió ser exhaustivo, ni establecer juicios de valor mas allá de la definición de la participación social en salud.

En esta oportunidad se revisaron algunos factores atribuibles a experiencias exitosas en nutrición comunitaria, donde la participación fue el eje, sin embargo pretender aplicar los elementos aquí descritos como una receta, sería inapropiado y contravendría lo que en esencia significa la participación; se trataría mas bien de encontrar en cada espacio las debilidades y transformarlas en fortalezas junto a sus protagonistas.

### Referencias

1. OPS. Atención primaria de salud a 25 años de la Declaración de Alma Ata. URL: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm), visitada: 10/12/06.
2. Figueroa P. D. Participación comunitaria y salud.. Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN) [publicación periódica en línea] 2002 Abril-Junio 3(2). URL: [http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html), visitada 10/12/06.
3. Osorio AE. Salud y nutrición comunitaria. En: I Jornadas Nacionales de Nutrición Comunitaria. INN. Caracas 16 y 17 de Noviembre de 1999. 2001: Pág. 15.
4. Ruiz P. La participación comunitaria una visión desde la comunidad. En: I Jornadas Nacionales de Nutrición Comunitaria. INN. Caracas 16 y 17 de Noviembre de 1999. 2001.
5. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud 2005. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. URL: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos12-1.pdf>, visitada el 12/12/06.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Factores Determinantes del Éxito de los Programas de Alimentación y Nutrición Comunitarios. Examen y análisis de la experiencia. Suraiya Ismail y Maarten Immink Consultores de la FAO e Irela Mazar y Guy Nantel Dirección de Alimentación y Nutrición de la FAO. 2005. [monografía en línea] Roma. En URL: <http://www.fao.org/docrep/009/y5030s/y5030s00.HTM>, visitada el 12/12/06.
7. OPS /OMS Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas, Julio 2006.
8. Bengoa JM. Hambre cuando hay pan para todos. Fundación Cavendes. Edit. Ex Libris. Caracas. 2000.
9. OPS. OMS. Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de casos seleccionados. Publicación Científica N° 473. Washington DC. Reimpresión 1984.
10. Ministerio de la Familia. Educación Comunitaria. Módulo: Trabajo Comunitario. Caracas, 1997. p. 13 – 28.
11. Bichman W, Rifkin S, Shrestha M. Cómo medir la participación comunitaria de la comunidad. Foro Mundial de la Salud 1989; Vol 10: 482-7.
12. ACC Task Force on Rural Development, "Report of the Third Meeting of the Working Group on Programme Harmonisation Rome, 26 January 1978" (UNTO/62 (c) Ext., pare. (9). Citado en: Rao, AP. Community Participation and nutrition: some issues for consideration. Food and Nutrition Bulletin [publicación periódica consultada en línea]. 1982 July; 4 (3). URL: <http://www.unu.edu/unupress/food8F043e8F043E03.htm#Community%20participation%20and%20nutrition:%20Some%20issues%20for%20consideration>, visitada el 09/11/06.
13. Participación y control social. Capítulo VIII, Artículo 54, Ley de Salud y del Sistema Público Nacional (aprobada en 1ª discusión el 14 de diciembre del 2004). URL: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=639>, visitada 28/04/06.
14. Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro, 1998; 14 (sup. 2): 141-147.
15. Giménez A JL R. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Comunidad de Madrid. URL: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos12-1.pdf>, visitada 07/07/06.
16. Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular. República Bolivariana de Venezuela. URL: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=338>, visitada 03/11/06.
17. Ley de los Consejos Comunales. República Bolivariana de Venezuela. URL: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=735>, visitada 07/11/06.
18. Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Programas del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. URL: [http://www.mct.gob.ve/publico/proy/pi\\_proy.php](http://www.mct.gob.ve/publico/proy/pi_proy.php), visitada 10/12/06.
19. Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Convocatoria de Acciones CYTEC 2006. Anexo 1 a la convocatoria Líneas de investigación abierta. URL: <http://www.mct.gob.ve/uploads/biblioCYTED%202006,%20L%EDneas%20de%20Investigaci%F3n.Pdf>, visitada 06/01/07
20. Ministerio del Poder Popular para la Salud . Programas del Ministerio de Salud. URL: [http://www.msds.gov.ve/msd/modules.php?name=Content&pa=list\\_pages\\_categories&cid=7](http://www.msds.gov.ve/msd/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=7) , visitada 09/01/07
21. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Desarrollo Social. Líneas de acción del Ministerio de Participación Popular. URL: <http://www.minpades.gob.ve/view/docs/Cuadrolineasminpades.pdf>, visitada 15/01/07.
22. INN. Serie de Nutrición Comunitaria. Módulo 1. Dirección Técnica. División de Educación. Caracas. 2002.
23. FAO: Selección de intervenciones para mejorar la nutrición. Manual N° 3. 1984.
24. Aranceta B. J. Nutrición comunitaria. 2ª edición. Masson, S.A. España 2001.
25. Organización de las Naciones Unidas: Objetivos del desarrollo del milenio. Informe 2005. URL [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK\\_SP\\_new.pdf](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf), visitada 05/01/07.
26. República Bolivariana de Venezuela. Cumpliendo las metas del milenio. 2004 URL: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Cumpliendo\\_las\\_Metas\\_del\\_Milenio\\_2004.pdf](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Cumpliendo_las_Metas_del_Milenio_2004.pdf), visitada 08/01/07.
27. OPS. Programa de alimentación y nutrición. URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/hpn.htm>, visitada 06/01/07.
28. Puterman P. Una propuesta de responsabilidad social empresarial en Venezuela. FEDECAMARAS, [Documento] 15 de agosto de 2005. URL: <http://www.fedecamaras.org.ve/Una%20Propuesta.pdf>, visitada 10/01/07.
29. Ministerio del Poder Popular de Ciencia y Tecnología. Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (LOCTI). República Bolivariana de Venezuela URL: <http://www.mct.gob.ve/uploads/biblio/locti.pdf>, visitada 20/12/06.
30. Ministerio del Poder Popular de Ciencia y Tecnología. Marco Político y Estratégico. Hacia una nueva cultura tecnológica. En: Plan Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación 2005-2030, [Monografía en línea] (Pág. 83). URL: [http://comunidades.mct.gob.ve/uploads/logo\\_com/PNCTI.pdf](http://comunidades.mct.gob.ve/uploads/logo_com/PNCTI.pdf), visitada 12/12/06.
31. Lorenz I. Jornada de Responsabilidad Social Empresarial VENAMCHAM. Situación actual, perspectivas y retos. s/f. URL: [http://www.venamcham.org/Zip/Isabel\\_Lorenz.pdf](http://www.venamcham.org/Zip/Isabel_Lorenz.pdf), visitada 03/01/07.

32. Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social. Consejos comunales. Base del poder popular ¿Construir el poder desde abajo!. URL : <http://www.minpades.gob.ve/>, visitada 03/02/07.
33. Consejos comunales, expresión de socialismo. [material audiovisual] URL: [alcaldia mayor.gob.ve/potal1/Consejos\\_comunales.pps.](http://alcaldia.mayor.gob.ve/potal1/Consejos_comunales.pps.), visitada 22/01/07.
34. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información. Misiones. URL: [www.misionesbolivarianas.gob.ve](http://www.misionesbolivarianas.gob.ve), visitada 19/12/06.
35. Ley Orgánica del Poder Público Municipal. G.O. 38.204, 08/06/2005. República Bolivariana de Venezuela.
36. Ley Aprobatoria del Acuerdo de Cooperación en el Campo de la Salud y la Medicina, entre la República de Venezuela y la República Oriental del Uruguay. (02/05/2006 Gaceta Oficial Número: 38.455). URL: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=749>, visitada 16/01/07.
37. Ley Aprobatoria del Convenio de Cooperación Técnica en el Campo de la Salud y la Medicina entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Bolivia. 15/06/2006. URL: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=767>, visitada 16/01/07.
38. Grupo Social CESAP. Observatorio Social: Estrategia para la concertación y acuerdos Sobre la Política Social en Venezuela. Investigación auspiciada por National Endowment for Democracy. Octubre 2004. URL: <http://www.cesap.org.ve/documentos/observatorio%20II%202004.pdf>, visitada 22/12/06
39. Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. OPS/OMS. México,2000.
40. Tontisirin K., Pattanee W. Community – based programmes: success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand. Food Nutr Bull 1999; 20 (3): 315-322.
41. OPS/MSAS/INN: I Jornadas de nutrición en atención primaria de salud . Sanare. Edo. Lara, septiembre 1992. Ediciones Cavendes 1993.
42. Montilva M. La nutrición comunitaria un desafío en Venezuela. An Venez Nutr. 2005; 18 (1): 116-120.
43. FAO. Guía para Proyectos Participativos de Nutrición. 1994
44. OPS/OMS. Guía sobre educación y participación comunitaria en el control del crecimiento y desarrollo del niño. Washington, 1988.
45. Fundación Cavendes:. Taller nutrición comunitaria. Apuntes didácticos de nutrición. Prof. Ivan Beghin. Editores: José María Bengoa, Yaritza Sifontes, Victoria Machado. Caracas, 1998
46. INN: La nutrición en Iberoamérica a través de uno de sus protagonistas. Selección de obras. Homenaje del Instituto Nacional de Nutrición al Dr. José María Bengoa. Caracas, Noviembre 1998.
47. Tagle MA: Nutrición comunitaria. Vol 1 . Ambientación de la problemática en el subdesarrollo. 1984.